ESSAI

N° 49.

SUR

L'APOPLEXIE PULMONAIRE ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 mars 1826, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR ALFRED BRULATOUR, de Bordeaux,

Département de la Gironde.

Multùm restat adhùc operis.....

SENECA, *Epist.*, lib. 1, epist. 64.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. LAENNEC. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Suppléant.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Maisonnabe.
Breschet.	Moreau.
Capuron, *Examinateur.*	Murat.
Chomel, *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet aîné.	Pavet de Courteille.
Coutanceau.	Ratheau.
De Lens.	Richard.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Ségalas.
Guersent, *Suppléant.*	Serres.
Jadioux.	Thévenot.
Kergaradec.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Directeur de l'École royale secondaire de médecine de Bordeaux; Professeur de médecine opératoire; Président de la Société de médecine; Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André; Chirurgien-Major et Président du conseil de santé de la garde nationale; Membre correspondant des Sociétés de médecine de Montpellier, Marseille, Tours, New-York, etc., etc.

Hommage du plus tendre attachement et de la plus vive reconnaissance.

A. BRULATOUR.

A MON ONCLE

BRUN,

Négociant à Bordeaux.

Hommage d'une sincère amitié et d'un profond respect.

A MA BELLE-MÈRE.

Hommage d'une éternelle affection.

A. BRULATOUR.

A MON ONCLE

BRUN,

Négociant à Bordeaux.

Hommage d'une sincère amitié et d'un profond respect.

A MA BELLE-MÈRE.

Hommage d'une éternelle affection.

A. BRULATOUR.

ESSAI

SUR

L'APOPLEXIE PULMONAIRE.

§. I.er

On a donné le nom d'*apoplexie*, αποπληξια, d'αποπλησω, *frapper*, à l'hémorrhagie de l'encéphale par exhalation ou par rupture, avec altération plus ou moins profonde de sa substance. Par analogie, on nomme *apoplexie pulmonaire* une congestion sanguine subitement opérée dans les vaisseaux du poumon ; d'où résultent souvent leur rupture et l'épanchement du sang dans le parenchyme pulmonaire.

La connaissance de cette maladie ne remonte pas bien haut ; le docteur *Latour* est le premier qui ait groupé quelques observations sous ce titre dans son Traité des hémorrhagies. M. le professeur *Laennec* lui a consacré un chapitre dans son ouvrage de l'Auscultation médiate.

Bien qu'on ne trouve aucun traité, aucune dissertation sur ce sujet, il ne faut pas conclure que la maladie qui nous occupe soit rare ; on a seulement tardé à la reconnaître. Si l'on consulte les auteurs, on verra des exemples de cette affection cachés sous des dénominations

différentes. *Prosper Martian* a vu, au pied du mont Quirinal, un homme atteint d'une maladie du foie cracher pendant trois fois une grande quantité de sang écumeux, et mourir suffoqué par la quatrième crise. Le même auteur a observé, chez un prédicateur doué d'un excellent caractère, un crachement considérable de sang écumeux exister avec une douleur de l'hypochondre droit. On dirigeait les secours de la médecine contre l'hémorrhagie, qui reparut plus souvent avec une toux forte ; le malade fut en danger de suffoquer. *Prosper Martian* employa contre l'affection du foie un traitement qui eut des succès : une imprudence du malade amena une rechute. La fièvre devint forte et continue, avec soif, difficulté de respirer, toux, et quelques symptômes graves ; la mort survint vingt-cinq jours après. L'autopsie montra le foie sain, et le poumon, plein de sang, tellement gonflé, que non-seulement les vaisseaux étaient enflés, mais le sang répandu dans toute la substance donnait à ce viscère la dureté d'un squirrhe : on ne remarqua aucune autre lésion. *Prosper* conclut de ce fait qu'une grande sympathie avait eu lieu entre le foie et le cœur ; qu'une trop grande production de sang en fut le résultat ; qu'au lieu de traverser les poumons comme auparavant, il s'y était accumulé et avait produit les accidens qui entraînèrent la mort (1).

Haller, dans ses Opuscules pathologiques, rapporte l'histoire de deux péripneumonies *particulières :* tout en rangeant les maladies qu'il décrit dans une classe bien connue, il en fait une espèce distincte, et établit une péripneumonie par transsudation du sang. C'était un pas de fait ; ce n'était pas, comme il le dit lui-même, une inflammation, un ulcère, mais une effusion totale de sang, une sueur sanguine répandue et ramassée peu à peu dans la texture celluleuse. Le retour du sang au ventricule gauche du cœur étant interrompu, il s'amassa dans le poumon, il se livra passage à travers les exhalans, se répandit dans les cellules ; les vaisseaux de ce viscère furent compri-

(1) *Prosp. Martiani* aph., sect. 5, comment., fol. 318.

més ; l'obstacle augmenta, et la mort suivit. Dans l'un et l'autre cas, les poumons furent trouvés gorgés de sang ; mis dans un vase plein d'eau, ils atteignirent le fond (1).

Sur un enfant mort de la coqueluche à l'âge de quatre ans, le docteur *Howship* a vu une effusion de sang dans le tissu cellulaire général des poumons. Bien que d'après l'oppression et d'autres symptômes il était raisonnable de croire que la trachée-artère serait trouvée remplie de matières muqueuses, il en fut autrement; les bronches et la trachée étaient très-libres; l'extérieur offrait de larges taches ou marques d'un rouge foncé, resplendissant à travers la membrane qui couvre la surface de chaque partie des poumons. En divisant les parties, le sang extravasé s'écoula librement au-dehors, l'air semblait avoir agi en comprimant les cellules aériennes, et en arrêtant la libre circulation du sang dans les poumons (2).

Des faits dont nous venons de parler, des observations que nous rapporterons dans les deux paragraphes suivans, nous sommes conduits à établir deux espèces d'apoplexie pulmonaire, l'une sans hémorrhagie externe, et l'autre avec hémoptysie.

Dans la première espèce, le sang est infiltré et répandu dans les mailles du tissu cellulaire.

Dans la seconde, le sang est épanché dans les vésicules pulmonaires, les bronches, et même quelquefois dans le thorax, par la rupture du parenchyme pulmonaire.

---

(1) Observ. 14 hist. 1 et 11 *Halleri*, Opuscula pathologica, fol. 28 : peripneumonia ex transsudatione sanguinis.

(1) *Howship*, Practical observations in surgery and morbid anatomy, pag. 199.

§. II.

OBSERVATIONS.

Apoplexie pulmonaire sans hémorrhagie externe.

I.re OBSERVATION.

M. Trombelli, étant allé dans un village du Ferrarois, et paraissant se bien porter, ressentit tout à coup à la partie antérieure de la poitrine une douleur, qui fut bientôt suivie d'accablement et de difficulté de respirer; ces symptômes étaient d'abord assez modérés, mais le mal empira bientôt. La respiration devint plus difficile, et la douleur s'étendit jusqu'au cou et à l'oreille gauche; les remèdes, la saignée même ne produisirent aucun effet. On fit sur la poitrine des fomentations qui calmèrent un peu la douleur, mais pour peu de temps. Le malade vomit des matières noirâtres, il lui survint alors une petite fièvre; ayant enfin témoigné avoir envie de dormir, il expira dix-neuf heures depuis le commencement de sa maladie. Il avait été sujet à une dartre très-incommode à la partie inférieure du bas-ventre, qui, guérie mal à propos, a peut-être été la cause de sa mort.

M. *Verlichi*, jeune homme très-savant, qui avait donné ses soins au malade, fit l'ouverture du cadavre, et envoya un rapport très-bien fait à M. *Veratti*, pour être communiqué à l'académie, qui lui a donné son approbation. Parmi les différens désordres observés et rapportés par M. *Verlichi* avec beaucoup d'exactitude, M. *Veratti* regarde ceux qu'ont offerts le médiastin et les parties voisines comme la principale cause de la mort. Cette membrane était toute couverte d'un sang noir dans la partie de la poitrine où la douleur s'était fait sentir. Elle avait acquis outre cela une épaisseur de trois travers de doigts; sa couleur était noire et presque livide. Le lobe gauche du poumon et la partie de la plèvre qui répond au téton droit étaient gorgés de

sang. A ces marques, M. *Veratti* reconnaît l'inflammation du médiastin, et cette inflammation ayant été si forte, il s'étonne qu'elle n'ait pas été accompagnée des symptômes qui désignent ordinairement cette maladie. Car, selon les auteurs qui en ont traité au long, ou qui en ont recueilli les histoires, elle est toujours jointe à une fièvre continue aiguë, à quoi ils ajoutent une ardeur extrême aux parties précordiales, une toux continuelle, d'abord sèche, ensuite humide, avec des crachats ou sanglans ou tout-à-fait bilieux, et une respiration fréquente et petite. C'est à ces signes qu'ils disaient reconnaître l'inflammation du médiastin; mais ils ne l'auraient pas reconnue dans le cas de M. Trombelli, où ils ont manqué. La douleur de la poitrine pouvait bien la faire soupçonner. Mais un seul symptôme peut-il fonder le diagnostic d'une semblable maladie? La brièveté de la maladie ne permettait pas d'en reconnaître la nature même après la mort, puisqu'au lieu de durer plusieurs jours, comme c'est l'ordinaire, elle a été terminée dans l'espace de dix-neuf heures. Ce n'est donc que par l'ouverture du cadavre qu'on a pu s'assurer de l'inflammation du médiastin. C'est une observation rare que celle d'une maladie semblable sitôt terminée, sans cependant être accompagnée des symptômes qui lui sont propres. M. Trombelli, après avoir illustré l'académie par ses travaux, l'a encore instruite après sa mort. (Inflammation singulière; *Collect. acad. de l'institut de Bologne*, t. 10, p. 49; *trad.*, PAUL.)

II.e OBSERVATION.

Le docteur *Fortassin* jouissait en apparence d'une santé brillante; il avait le cou court, le visage coloré; depuis quelque temps cependant il ressentait des malaises fréquens, était sujet aux hémorrhoïdes, toussait sans être enrhumé, et éprouvait souvent de l'oppression. Le 11 et le 12 octobre 1804, il avait dîné de grand appétit, quoique sobrement, et le 12, à souper, il n'avait mangé que des raisins; il fut gai, et eut ensuite une extrême envie de dormir. Il alla se coucher, vers onze heures et demie, dans une chambre, près d'un malade

que M. *Boyer* avait taillé. A trois heures après minuit, la garde de ce malade fut réveiller M. *Fortassin*, et le trouva mort, couché sur le ventre, quoique son habitude fût de se mettre sur le dos; la main gauche était sur sa poitrine, son bras droit pendait hors du lit. Il paraissait s'être débattu dans les violentes angoisses de la mort. Son corps était froid, et tous les moyens de le rappeler à la vie furent jugés inutiles; il avait rendu du sang par le nez et la bouche.

Autopsie.

Le visage, le cou et la poitrine étaient sains, comme à la suite d'une meurtrissure; la poitrine, percutée, résonnait à gauche et nullement à droite. L'intérieur du crâne ne présentait aucune lésion, et était dans l'état naturel. Les gros vaisseaux de la poitrine et du cœur n'offrirent aucune rupture; mais ils étaient vides de sang, comme dans les personnes mortes d'hémorrhagie. Rien de particulier dans la cavité gauche du thorax, le poumon y était sain; cependant, en incisant cet organe, on trouva sa partie supérieure gorgée de sang. Les bronches du même côté contenaient une certaine quantité de sang noir coagulé. La cavité droite était remplie d'un sang de même couleur, coagulé. La surface présentait plusieurs déchirures profondes; la substance de ce viscère était comme macérée, et tellement dénaturée, tellement confondue avec les caillots très-compactes dont elle était environnée, qu'on ne pouvait l'en séparer qu'avec beaucoup de peine. Presque partout, lorsqu'on touchait avec le scalpel en travers de cette masse, on ne pouvait distinguer où finissait le poumon et où commençaient les caillots; les bronches du côté droit étaient pleines de sang noir un peu fluide; la trachée-artère, le larynx, la gorge et les fosses nasales en contenaient aussi; l'œsophage en était entièrement exempt; tous les viscères de l'abdomen se trouvaient sains; l'estomac renfermait une assez grande quantité d'alimens; il ne s'était fait de rupture par leurs vaisseaux sanguins, soit artériels, soit veineux, d'un calibre un peu considérable. Tout le sang s'était épanché dans la cavité droite de la poitrine par les déchirures

de la plèvre pulmonaire, et dans les bronches par celle de la membrane muqueuse qui les tapisse. Le parenchyme du poumon était même dilacéré dans tout son intérieur (1).

III.e OBSERVATION.

L'hémorrhagie de cette espèce, ou le coup de sang qui fit périr le professeur *Mahon*, fut moins violente, et ne devint funeste qu'au bout de quelques jours, pendant lesquels le malade cracha d'abord et vomit ensuite une grande quantité de sang vermeil et écumeux. On trouva, à l'ouverture du cadavre, un épanchement sanguin dans la poitrine : mais ni le cœur ni les vaisseaux de gros calibre n'étaient endommagés (1).

IV.e OBSERVATION.

Julie Rounneau, âgée de quatorze ans, avait toutes les formes d'une personne de vingt ans : une taille avantageuse, un embonpoint considérable, beaucoup de vivacité, un visage coloré, et tous les attributs qui caractérisent une santé brillante; elle n'avait jamais été réglée. Des saignemens de nez fréquens annonçaient que la nature méditait prochainement la révolution qui s'opère ordinairement à cet âge. Julie alla à la noce d'une de ses amies ; elle y dansa beaucoup : il y avait bal encore le lendemain, et la crainte de ne pas obtenir de ses parens la permission d'y retourner la détermina sans doute à leur cacher un commencement d'hémoptysie qui s'était déclarée à la danse. Cette supposition est fondée sur les crachats très-sanglans et nombreux dont son mouchoir de poche était rempli. Elle se coucha. Dans la nuit, on n'entendit aucun bruit chez elle ; mais le lendemain sa mère, voyant qu'elle ne se levait pas, entra dans sa

---

(1) *Levaux*, Journal de médecine de MM. *Leroux*, *Boyer* et *Corvisart*, année 1805.

(2) Journal de médecine, 1805. (*Leroux.*)

chambre, et l'appela sans en avoir aucune réponse ; elle s'approcha de son lit. Julie est sans sentiment et sans mouvement. A l'alarme de sa mère, tout le monde accourt : la jeune personne n'existait plus.

Nous fûmes requis, deux chirurgiens et moi. La teinte noire du visage et de toute la tête nous fit présumer que Julie avait succombé à une apoplexie forte. On consentit à l'ouverture du cadavre, qui fut faite le lendemain. Quel fut notre étonnement! Les vaisseaux du cerveau n'étaient nullement engorgés ; aucun épanchement ne se fit remarquer dans l'intérieur du crâne ; tout le contenu y était dans un état naturel ; les organes abdominaux n'offraient non plus rien de particulier. En procédant à l'autopsie de la poitrine, nous trouvâmes les poumons dans un état de plénitude extrême, presque entièrement gorgés de sang noir ; les deux cavités, droite et gauche, en contenaient aussi considérablement qui s'y était épanché par de petites crevasses remarquables à la surface des deux lobes. Le cœur, les grosses artères et les veines qui en émanent immédiatement, ne présentaient rien de particulier ; ils ne contenaient que très-peu de sang. C'était une apoplexie qui avait fait périr Julie ; mais, au lieu d'être *cérébrale*, comme nous l'avions soupçonné à l'inspection du cadavre, elle était *pectorale* (1).

V.e OBSERVATION.

V. C...., âgé de onze ans, d'une bonne constitution, d'un caractère vif, et même turbulent, jouissait le 31 août d'une santé parfaite. Le soir, il s'amusa beaucoup, et même on fut obligé de le réprimander pour le faire retirer et se coucher.

Pendant la nuit, vers trois heures du matin, cet enfant se plaignit. Son père le trouva chaud, présuma qu'il avait de la fièvre, et lui fit donner quelques tasses d'infusion de feuilles d'oranger.

Dans la matinée, la fièvre augmenta ; deux vomissemens eurent

---

(1) *Latour*, Traité des hémorrhagies, obs. 271, p. 221.

lieu. Le médecin ordinaire fut appelé vers onze heures ; il ne put se rendre près du malade. Un autre médecin, M. *Arnozan*, vint à une heure après midi, et trouva le jeune malade couché à la renverse, sans connaissance, la face pâle, mais le pouls plein, développé et accéléré ; la peau chaude, couverte d'une transpiration assez abondante.

Une cuillerée d'une potion antispasmodique fut donnée ; l'enfant revint à lui, se coucha sur le côté gauche, et resta en repos : la respiration ne paraissait pas gênée. On prescrivit des cataplasmes sinapisés aux jambes, et un lavement de lait avec du miel qui produisit deux selles. Examiné à trois heures par M. *Brulatour*, le malade offrit peu de fièvre ; son pouls était régulier, mais la face pâle, les yeux hagards, la langue dans un état naturel : il n'y avait point de soif, la respiration n'était presque pas gênée ; la poitrine, percutée, résonnait bien ; l'abdomen, palpé, ne donnait aucun indice de lésion ; l'enfant ne se plaignait que des jambes Les cataplasmes qui les recouvraient furent enlevés ; le petit-lait édulcoré avec le sirop de gomme fut prescrit.

A cinq heures, le malade voulut aller à la selle ; il éprouva une syncope, accompagnée d'un léger vomissement de matières glaireuses ; son corps se couvrit d'une sueur froide, et il expira.

Autopsie.

L'extérieur du corps annonçait de l'embonpoint ; une ecchymose s'étendait depuis le côté droit de la poitrine jusque sur l'abdomen, les lombes et les membres inférieurs.

La tête n'offrait rien de particulier.

Le poumon droit était très-engorgé ; son lobe inférieur était comme hépatisé, son tissu solide. Il en suintait une matière sanguinolente, qui semblait provenir d'un caillot. Le lobe supérieur et le lobe moyen étaient crépitans. L'inférieur du poumon gauche, très-engorgé, peu crépitant, laissait suinter, par la division de son tissu, une mucosité sanguinolente et écumeuse. Le lobe supérieur était

presque dans l'état naturel. Quelques tubercules furent remarqués à la naissance des bronches.

Le cœur, plus gros qu'à l'ordinaire, présentait, dans les parois du ventricule droit, deux lignes d'épaisseur, et dix dans celles du gauche.

Les oreillettes, les gros vaisseaux n'offraient rien de remarquable.

Le foie pesait quatre livres. Le grand lobe, d'une couleur très-fine, se déchirait facilement; la vésicule renfermait de la bile jaune. La rate, volumineuse et engorgée, se déchirait sans résistance.

L'estomac offrait intérieurement, surtout à la grande courbure, une rougeur uniforme, qui se prolongeait dans l'œsophage et les intestins grêles. Le gros, et surtout l'arc du colon, étaient distendus par beaucoup de gaz. (Observ. recueillie par M. *Brulatour*, 1822.)

VI.e OBSERVATION.

Le 2 novembre 1823, je fus appelé à quatre heures du matin pour voir madame Saint-M...., dont j'étais le médecin depuis plusieurs années. Cette dame, âgée de trente-cinq ans, douée d'une constitution forte et sanguine (aussi les évacuations mensuelles étaient-elles très-considérables), avait le système nerveux délicat et les affections de l'âme très-vives. Rendu auprès d'elle, je la trouvai dans son lit, se débattant en tous sens, atteinte d'orthopnée très-forte, de suffocation imminente, ouvrant la bouche pour aspirer une plus grande quantité d'air; à peine pouvait-elle faire entendre quelques paroles mal articulées; un léger râle se faisait entendre dans la poitrine; des crachats rouilleux et écumeux étaient expulsés avec peine; la malade portait ses mains sur la poitrine, disant qu'elle étouffait, qu'elle allait mourir; elle éprouvait une douleur vive, piquante, qu'elle rapportait au cœur; ses yeux étaient presque fixes; la figure pâle, la langue blanchâtre, humide, sans altération; la tête sans douleur; le pouls peu développé, parfois intermittent; les mouvemens du cœur étaient faibles, et se rapprochaient d'une sorte de frémissement.

La poitrine, percutée, donnait partout un son mat, cependant moindre à la partie supérieure et gauche. Madame Saint-M.... ne se plaignait que de la douleur précitée; le ventre, souple, ne présentait à la pression aucune sensibilité. Les extrémités thoraciques et pelviennes étaient dans un état de laxité. J'appris de la malade et des assistans que l'avant-veille elle avait éprouvé des affections morales très-pénibles; qu'elle avait aussi passé une partie de la nuit dans un appartement froid, avec un habillement très-léger pour la saison. La malade était à l'époque des évacuations périodiques. La veille, on avait employé des bains de pieds, des lavemens, des infusions théiformes de feuilles d'oranger, de tilleul, et la malade n'avait pris pour toute nourriture que quelques bouillons. Après avoir observé, interrogé la malade, et recueilli les antécédens, je considérai le poumon comme frappé d'apoplexie, particulièrement le côté droit, ce qui me décida à mettre en usage les moyens ci-après.

Je pratiquai une saignée du bras de dix-huit à vingt onces; je prescrivis des pédiluves sinapisés, un lavement miellé, le petit-lait édulcoré avec le sirop de gomme, et une diète sévère.

A neuf heures du matin (cinq heures après), je trouvai la figure moins pâle, l'orthopnée légèrement diminuée, la circulation un peu plus libre; le sang que j'avais sorti était très-noir, recouvert inégalement par une légère couche albumineuse irrégulièrement distribuée sur le caillot. (Le sang était sorti à jets très-gros.) — (Saignée réitérée par la même ouverture, dans les mêmes proportions que la précédente; lavement miellé, quoique le premier eût légèrement opéré.)

A trois heures de relevée, le mieux se soutenait, bien que la malade éprouvât une dyspnée, accompagnée d'un léger râlement, avec expectoration écumeuse et rosacée. La douleur que madame Saint-M.... rapportait au cœur avait disparu; le sang de la dernière émission sanguine présentait un caillot comme le précédent, à cette différence qu'il y avait moins de sérosité, et qu'il n'était point recouvert de cette légère couche albumineuse observée dans la première. (Même

tisane ; douze sangsues sur le côté gauche de la poitrine, et huit sur la partie droite, qui donnèrent beaucoup de sang.)

Le 3 au matin, figure légèrement colorée ; respiration plus libre ; crachats moins sanguinolens ; parole presque naturelle ; appareil de la circulation plus développé ; point de fièvre, qui d'ailleurs, jusqu'à présent, n'avait point été observée ; liberté du ventre ; urine plus abondante.

A la visite du soir, légère orthopnée ; mêmes crachats ; ventre souple ; douleur légère dans la région lombaire. (Vésicatoires camphrés aux jambes ; même tisane.)

Le 4 au matin, mieux sensible ; il y a eu du sommeil ; les règles ont légèrement paru ; la poitrine, percutée, donne un son beaucoup moins mat que les jours précédens, particulièrement le côté gauche. (Douze sangsues à la vulve ; petit-lait édulcoré avec le sirop d'althæa ; diète.)

Visite du soir, même état ; les vésicatoires ont pris ; les plaies sont belles. (Même traitement.)

Le 5, légère moiteur ; crachats presque naturels ; la suppuration des vésicatoires est belle. (Même régime.)

Le 6, sommeil léger ; les règles se soutiennent en petite quantité.

Le 7, le mieux continue ; la parole est plus libre, quoique faible ; les règles ont cessé. (Mêmes moyens.)

Les 8, 9 et 10, même état. (Deux prises de lait.)

Le 11 au soir, la transpiration, qui avait persisté, cesse ; il survient une toux légère, avec fièvre, sans soif. (Bains de pieds ; lavemens mucilagineux ; même tisane.)

Le 12, j'appris que la nuit n'avait offert rien de plus que la veille ; la malade éprouva dans cette journée un malaise général. La fièvre et la toux existaient comme la veille. Les vésicatoires suppurent ; les plaies sont belles. (Même traitement ; plus de pédiluves sinapisés.)

Le 13, la fièvre est plus forte, la toux plus fréquente ; il y a insomnie. (Mêmes moyens, plus deux lavemens.)

Le 14, la fièvre, la toux diminuent ; la respiration est plus libre, le pouls presque naturel, la sueur légère. (Même traitement.)

Le 15 au matin, la malade a éprouvé dans la nuit de l'oppression, qui continue ; la toux est la même ; la transpiration est arrêtée. Vésicatoires presque secs ; plaies décolorées. (Vésicatoires camphrés aux cuisses ; même tisane ; infusion de fleurs pectorales ; look calmant).

Le 16, la poitrine est plus libre, la parole plus forte ; le son mat disparaît. Les vésicatoires ont pris ; les plaies sont belles.

Le 17, rien de particulier, si ce n'est une légère sueur. (Mêmes moyens, plus une tasse de bouillon toutes les huit heures.)

Le 18, visite du matin : La nuit a été agitée. (Mêmes moyens.)

Visite du soir : La malade a éprouvé dans la journée quelques frissons ; le ventre est souple, sans douleur ; altération légère ; aberration dans les idées.

Le 19, dans la nuit, le délire persiste ; la malade ne se plaint de rien dans les momens lucides ; légère soif, peu de diarrhée, faiblesse.

Le soir, consultation avec MM. les docteurs *Canihac* et *Gintrac*.

On continue l'usage des boissons mucilagineuses, gommeuses, tempérantes, les demi-lavemens mucilagineux, quelques légers bouillons, ou du lait décrémé, coupé avec une des tisanes désignées.

Le 20, léger amendement. (Décoction blanche de *Sydenham*, demi-lavement avec la graine de lin, lait coupé avec l'eau de chiendent.) Les vésicatoires suppurent.

Le 21, la diarrhée est arrêtée, le pouls est meilleur, la respiration un peu gênée ; les idées sont moins disparates. (Même traitement.)

Le 22, madame Saint-M.... a les idées saines ; elle est faible. Les lavemens sont supprimés. (Bouillons, même tisane.)

Le 23, même état, sommeil meilleur. (Mêmes moyens.)

Les 24, 25 et 26, même état, moiteur. Je permets un peu de crème de riz.

Les 27, 28, 29, respiration libre, presque point de fièvre ; la tête reste douloureuse. (Même traitement, même régime.)

Le 30, la douleur de tête persistant, mais sans augmenter, on applique un vésicatoire à la nuque.

A dater de cette application, les douleurs ont disparu. Madame Saint-M.... a été de mieux en mieux. Les vésicatoires des cuisses ont donné jusqu'au 6 décembre.

Le 10, les règles ont reparu en petite quantité, la nourriture de la malade a été augmentée progressivement ; sa convalescence a duré jusqu'à la fin du mois. La saison froide et humide a retardé le développement de ses forces en contribuant à maintenir une légère difficulté de respirer, qui a disparu à l'approche du printemps, en faisant habiter la campagne à la malade, et l'ayant mise à l'usage du lait d'ânesse et à un traitement hygiénique (1).

VII.e OBSERVATION.

Le 28 janvier 1826, à deux heures de relevée, je fus appelé à donner mes soins à M. Beuch, natif de Hambourg, mais habitant depuis quinze années Bordeaux, où il était commis négociant.

Parmi les renseignemens que je recueillis sur le compte de cet étranger, en qui je remarquai les attributs de la constitution athlétique et du tempérament sanguin, je signalerai les suivans :

Doué d'un caractère aimable et d'une conduite régulière qui ne laissait à désirer qu'un peu de modération dans l'usage des alcooliques et autres liqueurs excitantes, il avait été sujet autrefois au flux hémorrhoïdal, et à une épistaxis dont la suppression datait de quatre ans.

Porteur depuis deux mois d'un léger catarrhe pulmonaire, il n'avait cessé de vaquer à ses occupations, lorsque la veille (27 janvier)

---

(1) Observation tirée de la pratique de mon père.

les gens de sa maison, s'apercevant qu'il restait dans sa chambre plus tard qu'à l'ordinaire, heurtèrent à différentes reprises, mais en vain, à sa porte, qu'ils se décidèrent enfin à faire ouvrir de force.

M. B... fut trouvé dans un état de suffocation imminente. Il donna cependant à entendre qu'il n'avait pu se lever, s'opposa à ce que l'on allât chercher un médecin, se contenta de boire une infusion de tilleul, et eut recours dans la journée à des pédiluves.

Lors de ma visite, j'observai : décubitus sur le côté droit, face peu colorée, œil hagard, langue molle, sans rougeur; respiration courte, difficile, presque impossible même; articulation des sons pénible; toux fréquente, accompagnée de râlement, et parfois d'une sorte de sifflement; expectoration rare; crachats écumeux et d'un aspect de rouille; orthopnée extrême; thorax rendant par la percussion un son mat; abdomen assez souple; pouls petit; le malade prétend ne ressentir aucune douleur; facultés intellectuelles dans leur intégrité.

Rattaché aux antécédens, cet examen me fit diagnostiquer chez M. B... une apoplexie du poumon.

Je prescrivis sur-le-champ : saignée copieuse du bras, cataplasmes sinapisés aux pieds, vésicatoires camphrés aux jambes, et pour boisson, petit-lait édulcoré avec le sirop de gomme. Diète sévère.

J'annonçai que le malade avait tout au plus vingt-quatre heures à vivre, à moins que la nature ne secondât les moyens que l'art indiquait.

Mes occupations dans ce moment me donnant lieu de penser que je ne pourrais peut-être revoir le malade dans la journée, je fis prier mon confrère M. le docteur *Rozat* de vouloir me remplacer, l'engageant à réitérer la saignée quelques heures après, si, du reste, il la jugeait convenable.

A dix heures et demie du soir, je pus, contre mon attente, me rendre chez M. B..., où je trouvai le docteur *Rozat*, qui me dit avoir observé qu'à la suite de la deuxième saignée, le pouls, auparavant déprimé, s'était relevé.

Le sang présentait une légère couenne albumineuse.

Depuis ma première visite, un vésicatoire avait été appliqué sur la région sternale.

Au surplus, les symptômes ci-après furent notés :

Orthopnée diminuée, respiration moins haletante, crachats peu colorés, pouls plus élevé ; légère amélioration, mais danger toujours pressant. Continuation du petit-lait édulcoré.

Le 29, à trois heures du matin, on appela le médecin qui voyait le malade avec moi, et qui le trouva sur le point de suffoquer. La toux, fréquente, n'amenait que quelques crachats spumeux et blanchâtres. L'oppression empêchant M. B... de parler, il tendait son bras comme s'il eût demandé à être saigné.

Les précédentes saignées l'avaient en effet soulagé.

A quatre heures, je me rendis auprès du malade, et dans le fâcheux état où je le trouvai, je pensai, comme le docteur *Rozat*, qu'une autre émission sanguine était l'unique moyen admissible, les stimulans externes s'étant montrés sans effet.

Cette troisième saignée fut suivie d'une élévation momentanée du pouls et d'une diminution, peu sensible à la vérité, de l'orthopnée, symptôme qui avait toujours fixé le plus notre attention.

Nous quittâmes le malade à quatre heures trois quarts.

N. B. Dans des mouvemens désordonnés, M. B... avait arraché le vésicatoire appliqué sur la poitrine.

Huit heures du matin, mort.

Nécroscopie vingt-quatre heures après la mort.

Habitude du corps. Taille de cinq pieds quatre pouces, obésité, teinte jaunâtre sur tout le corps, et particulièrement à la poitrine, dont la surface antérieure droite est comme ecchymosée.

Tête. Rien de remarquable extérieurement.

Encéphale, membranes. Dure-mère n'offrant d'autre particularité qu'une adhérence ancienne près du sinus longitudinal supérieur.

Cerveau plus consistant que dans l'état ordinaire. Vaisseaux veineux postérieurs et superficiels un peu distendus, surtout à droite.

Les ventricules ne contiennent que la quantité de sérosité habituelle.

Plexus choroïdes décolorés.

Thorax. Tissu adipeux extérieur abondant et blanchâtre ; muscles développés, très-rouges.

Poumons. Ils remplissent parfaitement la cavité thoracique.

Médiastin antérieur fourni de tissu cellulaire.

Diminution en hauteur du côté droit de la poitrine, à cause du refoulement du diaphragme par le foie, qui est volumineux.

Epanchement, dans ce côté, de huit onces environ d'un liquide sanguinolent ; adhérences fortes à toute la partie supérieure.

Poumon droit livide extérieurement, mollasse, d'une consistance poisseuse à la partie moyenne, laissant écouler sous le scalpel un liquide abondant, inodore, couleur de lie de vin.

Emphysème à la partie inférieure, distension des vésicules pulmonaires superficielles, rupture des cloisons celluleuses qui les séparent ; déplacement facile de l'air logé dans la plèvre pulmonaire.

Sous la plèvre costale, bulles d'air dans les mailles du tissu cellulaire ambiant, comme dans l'insufflation.

Dans le côté gauche de la poitrine, adhérences anciennes, comme au côté droit.

Poumon gauche présentant les particularités observées dans l'autre. Emphysème superficiel.

Trachée-artère et bronches. Elles contiennent un mucus sanguinolent et écumeux.

Cœur et enveloppe. Le péricarde sain, point d'épanchement. Le cœur a deux fois son volume naturel ; il est mou, flasque.

Oreillette droite très-dilatée, ainsi que la veine-cave supérieure. L'étendue en longueur de cette oreillette est de cinq pouces ; sa dilatation est d'un pouce trois quarts. Ses parois sont fort amincies ; un caillot de sang noir la remplit.

Ventricule droit. Dilatation très-grande de ses parois, qui offrent seulement deux lignes d'épaisseur. Une concrétion albumineuse et une certaine quantité de sérosité, contenues l'une et l'autre dans une membrane à aspect séreux, sont logées dans sa cavité. Cette substance polypiforme envoie dans l'artère pulmonaire, qui est très-dilatée et sans amincissement de ses parois, des prolongemens plus denses et linéaires, qui en suivent la bifurcation. —*Valvules* saines.

Oreillette gauche presque nulle.

Ventricule gauche. Hypertrophie des parois; leur épaisseur est de neuf lignes. —*Valvules.* État naturel.

A un pouce du ventricule, aorte rétrécie et semi-osseuse dans l'étendue de trois pouces.

Abdomen. Parois très-surchargées de tissu graisseux; muscles prononcés et colorés.

Foie très-développé, à surface granulée, sans tubercules, mais présentant l'altération désignée sous le nom d'*état gras.*

La vésicule est distendue par une bile noire, poisseuse.

Rate. Rien de remarquable.

Estomac sain à l'extérieur; dissémination de quelques points rouges à sa surface interne. Phlegmasie chronique fort évidente à la grosse tubérosité, au grand cul-de-sac de l'estomac.

Duodénum plus rouge extérieurement que de coutume; phlegmasie légère à l'intérieur.

Les autres intestins sont distendus par des gaz. Inflammation superficielle au jéjunum.

Pancréas développé.

Reins dans l'état ordinaire.

Vessie comme racornie (1).

---

(1) Je dois cette observation, ainsi que les deux précédentes, à mon père.

§. III.

Apoplexie pulmonaire avec hémoptysie.

I.re OBSERVATION.

Une femme âgée de cinquante-cinq à soixante ans entra à l'hôpital Necker vers le commencement d'avril 1817. Elle pouvait à peine parler, et il fut impossible d'obtenir des renseignemens exacts sur son état antérieur. Elle étouffait, et elle expectorait des crachats ronds et mêlés d'une grande quantité de sang: tantôt ils avaient la couleur du chocolat, tantôt on y distinguait une matière jaunâtre mêlée au sang; le plus souvent ils étaient formés de sang pur. L'orthopnée était extrême. On ne put tirer aucun résultat de la percussion, à raison de la flaccidité des tégumens. La face était pâle et les lèvres violettes, les extrémités supérieures étaient à demi-tirées; le pouls, à raison de cet œdème, était difficile à sentir; cependant, après avoir tenu les doigts appliqués sur le trajet de l'artère pendant quelque temps, on finissait par distinguer des pulsations petites, concentrées, irrégulières, et qui avaient quelque chose de dur; la main, appliquée sur la région du cœur, n'y sentait pas de pulsations; les veines jugulaires étaient légèrement tuméfiées.

On porta le diagnostic suivant : pleuropneumonie légère, hypertrophie du ventricule droit.

Une saignée rendit beaucoup moindre la difficulté de respirer, et quelques diurétiques firent diminuer momentanément l'œdème du bras.

Bientôt l'œdème des bras augmenta de nouveau. L'abdomen donna des signes de fluctuation, les jambes s'infiltrèrent; la malade était dans un état de cachexie très-prononcé, la tuméfaction des veines jugu-

laires beaucoup moindre; le pouls, quoique petit et faible, offrait quelque chose de dur dans ses battemens. On modifie le diagnostic de la manière suivante : hypertrophie du ventricule gauche, peut-être ossification ou rétrécissement de la valvule mitrale ou des valvules sigmoïdes de l'aorte, tubercules.

Le 1.er mai, la malade commença à éprouver du râle. Les crachats étaient toujours abondans, très-sanguinolens, et même formés par un sang plus pur. Elle mourut le 6 au matin.

Autopsie.

Cadavre de quatre pieds six pouces, infiltration de tout le corps. Cerveau sain. Vaisseaux de la pie-mère médiocrement gorgés de sang.

La cavité gauche de la poitrine contenait environ une pinte de sérosité sanguinolente, dans laquelle nageaient quelques flocons de matière albumineuse demi-concrète et membraniforme, dont une partie unissait faiblement le poumon à la plèvre costale. Le poumon gauche présentait çà et là dans son tissu des parties d'un rouge-brun, compactes, grenues à l'incision, situées au milieu d'un tissu bien crépitant, et exactement circonscrites; ces indurations n'offraient pas l'aspect de l'engorgement péripneumonique; mais elles semblaient plutôt être le résultat d'une combinaison particulière de sang fortement caillé et comme à demi-desséché avec le tissu du poumon. Vers la pointe du tube inférieur de cet organe se trouvait une masse semblable et de plus d'un pouce cube, formée par trois couches distinctes et supérieures les unes aux autres, séparées par des couches plus minces d'un tissu rouge, mou, crépitant, et rendu seulement un peu plus vermeil que dans l'état naturel par une très-légère infiltration sanguine. Les couches où l'exhalation sanguine avait eu lieu étaient d'un rouge noir, grenues à l'incision, très-fermes, se cassant facilement, et si peu humides, qu'on pouvait à peine en exprimer un peu de sang à demi-caillé; une d'elles of-

frait une petite partie plus ramollie, et semblable à un caillot de sang. Les portions ainsi engorgées ne laissaient rien suinter qu'en pressant et en raclant avec le scalpel, tandis que les parties crépitantes du poumon étaient rendues plus humides par une sérosité jaunâtre et spumeuse qui coulait à l'incision. Quelques tubercules se rencontraient à la surface du poumon vers la partie inférieure.

La cavité droite du thorax contenait environ une pinte et demie de la sérosité sanguinolente, mêlée à quelques flocons albumineux.

Le poumon droit adhérait par son sommet à la plèvre costale au moyen d'un tissu cellulaire accidentel bien organisé. Son tissu était sain, excepté inférieurement, où il présentait un engorgement semblable à ceux du poumon gauche. Vers le sommet, on trouvait une petite concrétion osséo-terreuse entre la plèvre et le poumon. La muqueuse bronchique était fortement rougie par endroits dans les deux poumons.

Le péricarde contenait environ quatre onces de sérosité, sur laquelle on voyait quelques bulles d'air semblables à celles que l'on forme en soufflant avec un tube dans l'eau de savon.

Le cœur avait un volume égal à celui des deux poings du sujet. Les parois des deux oreillettes avaient une épaisseur plus considérable que dans l'état naturel; celles de la gauche avaient depuis une demi-ligne jusqu'à une ligne et demie d'épaisseur; celles de la droite étaient un peu moins épaissies; leur membrane interne était sensiblement épaissie, et se détachait facilement. Le ventricule gauche aurait à peine contenu une amande dépouillée de son drupe. Les colonnes charnues laissaient entre elles des écartemens semblables à ceux du ventricule droit, de manière à lui donner un pouce et demi d'épaisseur à l'origine des piliers; à l'union du ventricule avec l'oreillette, l'épaisseur n'était que de trois lignes. Les bords de la valvule mitrale étaient ratatinés et légèrement cartilagineux, et offraient en dedans trois excroissances d'environ une ligne de longueur, fermes et difficiles à détacher en raclant avec le scalpel.

Le ventricule droit était un peu plus épais que dans l'état sain ; les colonnes charnues étaient très-prononcées.

L'aorte, à sa sortie du cœur et dans tout son trajet, était d'un petit calibre, de manière à permettre à peine l'introduction du petit doigt ; deux des valvules sigmoïdes offraient des excroissances semblables à celles qui se voyaient sur la valvule mitrale, un peu rouges à leur sommet, pâles à leur base, d'un aspect fort analogue à celui des excroissances syphilitiques connues sous le nom de *poireaux*.

La membrane muqueuse de l'estomac était comme teinte en rouge par endroits ; dans d'autres points elle offrait une rougeur ponctuée, dans d'autres enfin elle présentait des plaques grisâtres, de forme et de grandeur variées. Les vaisseaux sous-muqueux étaient assez injectés ; la membrane muqueuse des intestins était injectée en quelques points, mais non enflammée.

Le foie, un peu ratatiné à sa surface, contenait de petits corps d'un jaune verdâtre, peu humides, comme flasques, dont le volume réuni surpassait celui du tissu hépatique. Le volume total du foie était cependant moindre que dans l'état naturel, eu égard à la taille du sujet, et était peu gorgé de sang. La rate, d'un petit volume, contenait peu de suc ; les autres viscères étaient sains (1).

II.e OBSERVATION.

Jean-Baptiste Dirichard, artisan, âgé de quarante-cinq ans, ayant la peau blanche, les cheveux et la barbe d'un brun-roux, était depuis plusieurs années sujet à un état de suffocation quand il se livrait à quelque exercice un peu violent. Lorsqu'il entra à l'hôpital Necker, vers la fin d'août 1818, il éprouvait depuis environ quinze jours une

---

(1) M. *Laennec*, Traité de l'auscultation médiate, obs. 35, t. II, p. 49.

gêne permanente et assez grande de la respiration. Le jour de son entrée, il présentait les symptômes suivans : décubitus en supination, embonpoint assez considérable, face pâle, d'une couleur un peu terne; pouls à peine sensible aux deux bras, pieds et jambes œdémateux, appétit nul, soif modérée, sommeil court, souvent interrompu par des réveils en sursaut; la respiration, quoique courte et gênée, s'entendait bien à l'aide du cylindre; la poitrine résonnait bien partout, excepté à la région du cœur. L'examen des battemens du cœur à l'aide du cylindre donna le résultat suivant : impulsion du ventricule gauche très-forte et assez sonore, son et impulsion du ventricule droit médiocres, son du ventre nul. On porta en conséquence le diagnostic suivant : hypertrophie du cœur. (Saignée du bras, tisane apéritive.)

Au bout d'un mois, le malade, se trouvant assez bien pour reprendre ses travaux, demanda sa sortie.

Un mois et demi après, il rentra à l'hôpital, offrant absolument, quant à l'état de la circulation, les mêmes symptômes que la première fois; l'infiltration s'étendait aux tégumens du ventre; la respiration était toujours gênée, quoique le passage de l'air à travers les poumons s'entendît bien au moyen du cylindre. Une saignée du bras fut pratiquée sans soulagement marqué; cependant, au bout de six semaines, l'usage de la tisane apéritive et de la teinture éthérée de digitale, et quelques applications de sangsues, firent disparaître l'infiltration. La respiration devint moins gênée, l'appétit reparut, et le malade sortit de l'hôpital. Le pouls était, comme la première fois, presque insensible à l'un et à l'autre bras. La face conservait sa pâleur et une teinte un peu plus plombée.

Le 16 janvier 1819, Dirichard se fit transporter de nouveau à l'hôpital Necker; il disait avoir beaucoup de peine à respirer, principalement lorsqu'il se couchait sur le dos. Il en éprouvait moins lorsqu'il se tenait penché en avant, et pour se procurer du soulagement, il se couchait souvent sur le ventre; alors il sentait un battement à la gorge, vis-à-vis le haut du sternum. L'infiltration était plus grande

que lors du dernier séjour du malade à l'hôpital ; la dyspnée était plus considérable ; il y avait en outre quelques quintes de toux et de diarrhée ; le pouls etait insensible ; le malade se plaignait aussi d'une douleur assez vive à l'épigastre ; le cœur donnait toujours une impulsion très-forte.

Les saignées locales, les sinapismes aux extrémités inférieures, l'usage des boissons apéritives et de la digitale pourprée, n'apportaient aucun soulagement au malade. L'orthopnée augmentait de jour en jour ; il resta à peu près dans le même état jusqu'au 3 février. A cette époque, la respiration devint plus difficile encore ; le malade éprouvait par momens des attaques d'une suffocation presque imminente, qu'il diminuait en s'inclinant en avant ; la toux, plus fréquente, était suivie de l'expectoration d'un mucus un peu filant, et mêlé de quelques stries d'un sang vermeil.

Le 4 février, le malade rejeta sans effort et sans toux une assez grande quantité de sang rouge, spumeux et peu mêlé aux crachats. Pendant la toux, il jetait une espèce de cri aigu ; la poitrine résonnait bien dans toute son étendue ; la respiration ne s'étendait presque pas dans la partie inférieure du poumon droit ; dans presque toutes les parties de la poitrine, on entendait un râle muqueux, dont les bulles paraissaient très-grosses, et semblaient se dilater en parcourant les bronches ; on reconnaissait même que quelques-unes se rompaient par excès de distension ; ce râle était plus fort à droite. On ajouta à la feuille du diagnostic engorgement hémoptysique, et on prescrivit une saignée de deux palettes.

Le 5, plaintes continuelles, orthopnée considérable, face un peu affaissée ; le sang, rejeté pendant la toux, avait perdu de sa couleur vermeille, et était un peu moins abondant. Même observation par le cylindre. (Tisane de grande-consoude, look astringent.)

Le 6 février, douleurs vagues dans l'abdomen, et principalement vers l'épigastre ; insomnie ; infiltration s'étendant sur tout le corps, et surtout aux membres supérieurs, plus considérable à la main droite que partout ailleurs ; pouls à peine sensible ; expectoration d'une ma-

tière sanguinolente et comme sanieuse; poitrine résonnant bien antérieurement et sur les côtés; râle beaucoup plus fort dans le côté droit, sur lequel le malade se couche habituellement.

Le 7 février, traits de la face affaissés, voix presque éteinte, faiblesse plus grande, un peu de râle crépitant à gauche.

Le 8, le malade succomba après une longue et douloureuse agonie.

Autopsie soixante heures après la mort.

Le cerveau et les méninges ne présentaient rien de remarquable.

Le péricarde contenait à peu près une once de sérosité; le cœur avait néanmoins trois fois le volume du poing du sujet; il présentait à sa surface plusieurs plaques d'un blanc de nacre, peu épaissies, irrégulières à leur circonférence, et grandes à peu près comme la moitié de la paume de la main. Le ventricule droit était en partie rempli par une masse polypiforme, qui se prolongeait dans l'oreillette droite, qu'elle remplissait en entier; cette concrétion volumineuse offrait dans une partie de son étendue une couleur rougeâtre, une grande fermeté et une texture fibreuse; dans d'autres points, elle était moins ferme, n'offrait aucune apparence fibreuse, et avait une couleur jaune et opaque; dans quelques endroits enfin elle était d'un jaune clair, presque demi-transparente et très-molle. Dans la partie rougeâtre et ferme, on distinguait plusieurs stries d'un rouge foncé, qui paraissaient dues à de petits vaisseaux sanguins.

La cavité du ventricule droit était un peu dilatée; ses parois, d'une bonne épaisseur (environ trois lignes), s'affaissaient quand on les incisait. Les colonnes charnues paraissaient peu nombreuses et étaient aplaties; elles étaient réunies ou entièrement appliquées les unes aux autres par suite de cet aplatissement; vers la pointe du cœur, elles reprenaient plus de saillie, et n'étaient plus distinctes. Dans cet endroit, on remarquait dans l'écartement des colonnes charnues deux ou trois petits kystes d'un jaune rougeâtre, gros comme des fèves, et en ayant à peu près la forme; ces kystes, dont les parois étaient minces et très-fermes, contenaient une matière demi-liquide, semblable à de la lie de vin; ils étaient fixés à la pointe du ventricule

par des espèces de pédicules entrelacés dans les colonnes charnues, et dont la texture et l'aspect étaient tout-à-fait semblables à ceux de la partie la plus ferme de la concrétion polypiforme. L'oreillette droite n'offrait, hors la concrétion polypiforme qui la distendait, rien de particulier; elle formait à peine avec l'oreillette gauche, comme elle exempte de lésion, le quart du volume du cœur. Le ventricule gauche offrait des parois de neuf à onze lignes d'épaisseur, et d'une fermeté remarquable ; elles ne s'affaissaient point. Quand on les eut incisées, quoique la cavité de ce ventricule fût au moins double de ce qu'elle eût dû être, et qu'elle eût pu loger le poing, il contenait du sang noir à demi-caillé; les colonnes charnues y étaient très-volumineuses et très-fortes. La valvule mitrale offrait plusieurs plaques cartilagineuses extrêmement dures, développées dans son épaisseur, et qui n'avaient pas changé sa forme ; les valvules sigmoïdes aortiques étaient très-saines.

On remarquait à la surface interne de ce ventricule, et à peu près vers son milieu, une ou deux plaques blanches, de la grandeur de l'ongle, très-fermes et peu épaisses ; elles paraissaient développées dans la membrane interne, à laquelle elles adhéraient intimement : on put les enlever assez facilement avec la pointe d'un scalpel. La cloison interventriculaire n'offrait rien de remarquable.

L'aorte, un peu dilatée à sa naissance, l'était beaucoup plus encore à sa crosse. Elle présentait dans ce dernier endroit un petit enfoncement unique, de grandeur à loger une noisette, autour duquel les parois de l'artère offraient une teinte rouge foncée, qui pénétrait toute leur épaisseur. Depuis sa naissance jusqu'à sa seconde courbure, l'aorte présentait à sa surface interne un très-grand nombre d'incrustations cartilagineuses ou même osseuses, de grandeur variable, occupant toute l'épaisseur des parois de l'artère. Entre ces plaques de couleur blanchâtre, la surface interne de l'aorte était d'un jaune foncé. La partie de la trachée-artère sur laquelle appuyait la crosse de l'aorte était évidemment aplatie et un peu déviée à droite.

La plèvre droite contenait environ six onces de sérosité roussâtre. Le poumon de ce côté n'adhérait que légèrement aux côtes vers sa partie supérieure. Dans ses trois quarts supérieurs, il était rougi plutôt qu'infiltré par un sang d'une couleur très-vermeille. Son tissu était d'ailleurs très-crépitant, et plutôt sec qu'humide. Il présentait à sa base une zone de deux à trois travers de doigts de largeur, traversant toute l'épaisseur du poumon, exactement circonscrite, et tranchant, sans aucune gradation, sur le tissu pulmonaire crépitant, dont elle se distinguait par sa densité, égale à celle du foie, par sa couleur d'un noir tirant un peu sur le rouge, et par l'aspect grenu de sa surface, des incisions que l'on y faisait. Ces caractères lui donnaient une certaine ressemblance avec le tissu des corps caverneux de la verge.

Trois ou quatre endurcissemens de même nature, et également circonscrits, se remarquaient plus haut dans le même poumon; mais ils offraient à peine le volume d'une amande ou d'une noix.

Le plus grand de ces engorgemens était séparé, dans une étendue assez grande de sa surface inférieure, du tissu pulmonaire crépitant par une membrane mince, qui était évidemment une des intersections naturelles du tissu pulmonaire.

La plèvre gauche contenait, comme la droite, quelques onces de sérosité roussâtre; le poumon gauche présentait à sa surface, et tout près de sa base, postérieurement, une petite fausse membrane jaune et opaque très-molle. Le tissu de cet organe était, en général, très-crépitant; il laissait suinter, quand on le pressait, une forte quantité de sérosité sanguinolente. Vers la partie postérieure de son lobe inférieur, il contenait, dans son parenchyme, deux ou trois engorgemens semblables à ceux du poumon droit, et également circonscrits. Dans l'un et l'autre poumon, les anneaux bronchiques étaient un peu dilatés, et remplis par des mucosités grises et opaques. L'intérieur de la trachée offrait une rougeur assez marquée, et contenait aussi des mucosités grisâtres et filantes. La membrane muqueuse des bronches

était, dans beaucoup d'endroits, et surtout dans ses petites ramifications, notablement épaissie, et teinte d'un rouge violet.

La cavité abdominale contenait environ une pinte d'une sérosité limpide et légèrement jaunâtre. Le foie était comme ratatiné, et offrait à sa surface convexe un grand nombre de très-petites bosselures. Son parenchyme contenait une très-grande quantité de petits corps d'un jaune pâle, gros comme des pépins de pomme, bien séparés les uns des autres, et entre lesquels le parenchyme de l'organe offrait sa couleur et sa densité ordinaires. Les plus grosses de ces productions semblaient formées par des squames, qui s'enveloppaient à peu près comme des feuilles de chou-pomme ou de laitue. Le volume du foie, malgré ce grand nombre de petits corps étrangers développés dans le tissu de ce viscère, était évidemment moindre que dans l'état naturel. La muqueuse de l'estomac et celle du tube intestinal offraient, dans toute leur étendue, une rougeur ponctuée assez prononcée : le premier de ces viscères était distendu par des gaz (1).

III.e OBSERVATION.

Madame Tassin de Villiers, d'Orléans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, qui s'annonçait par un pouls développé, fort et vigoureux, par la couleur rouge du visage, les cheveux noirs, et par un caractère susceptible de vives impressions, éprouvait, même dans son meilleur état de santé, une sécheresse constante de la langue, qu'aucune boisson ne pouvait humecter. Quoiqu'elle fût très-bien réglée, elle était sujette à des mouvemens fluxionnaires hémorrhagiques violens sur la poitrine, qui, comme des coups de sang, lui causaient une oppression subite, suffocante, laquelle précédait seulement de quelques minutes l'hémoptysie. Aucun autre symptôme précurseur n'avertissait de cet accident ; la saignée le dé-

(1) M. *Laennec*, Traité de l'auscultation médiate, t. 2, p. 49 et suivantes, obs. 36, édit. 1819.

tournait ; aussi la malade y avait recours de temps en temps, ainsi que dans l'intensité de cette expectoration sanguinolente, et alors ce moyen était principalement curatif. Il y avait huit ans que cette dypsnée alarmante se renouvelait fréquemment, et consécutivement l'hémoptysie. Madame Tassin avait éprouvé que l'air de la campagne modérait cette disposition, et elle y alla. Mais trois ou quatre jours après son arrivée, l'oppression devint encore suffocante, au point que la malade demanda qu'on lui ouvrît la veine avec un rasoir. Trop éloignée d'Orléans, elle fut privée de mes soins. On appela un de mes confrères d'une ville prochaine ; il fit réitérer vainement la saignée, qui, cette fois, ne put triompher ni de la suffocation ni de l'hémoptysie. La malade mourut de cette apoplexie du poumon après dix heures d'anxiétés cruelles. On trouva dans la substance du poumon plusieurs poches énormes remplies de sang, qui s'y était dirigé par plusieurs crevasses du parenchyme de cet organe vital, tout abreuvé d'ailleurs de sang noir. Une grande quantité s'était épanchée dans la cavité droite de la poitrine par des déchiremens bien manifestes dans deux endroits de la surface du poumon, et l'on a cru voir dans sa substance quelques vaisseaux rompus. En outre, dans plusieurs endroits, le lobe droit était emphysémateux et très-gonflé. On a trouvé beaucoup de sang noir dans les bronches. Madame Tassin a perdu deux de ses sœurs de la même manière (1).

IV.e OBSERVATION.

L'épouse du sieur Bouny. d'Avaray, jouissant habituellement d'une bonne santé, devint enfin sujette à un rhume de poitrine et à un enrouement auxquels elle ne fit pas grande attention ; il lui arriva même de rendre de temps en temps des crachats sanguinolens sans s'en étonner davantage. Un jour, en allant voir son père comme à

---

(1) *Latour*, Traité des hémorrhagies, obs. 271, p. 220.

l'ordinaire, tenant par la main son plus jeune fils, il lui prit un accès de toux qui fut suivi d'un vomissement de sang si considérable, qu'elle fut suffoquée à l'instant, et tomba morte sur le seuil de la porte sans pouvoir proférer une seule parole. L'ouverture du corps fit voir un épanchement de sang considérable dans le côté droit de la poitrine et une déchirure de la surface du lobe droit pulmonaire (1).

§. IV.

Causes.

Les causes qui peuvent produire l'apoplexie pulmonaire sont peu nombreuses. Elles n'ont pu être appréciées dans cette affection peu connue. Il en est quelques-unes notées dans les faits; il en est d'autres que nous ne ferons que présumer, et que nous donnerons comme possibles.

Les causes peuvent être distinguées en *prédisposantes* et *efficientes*.

1.° Les *causes prédisposantes* sont, la jeunesse, un embonpoint considérable, une constitution éminemment sanguine, athlétique; des déviations du rachis diminuant l'étendue du diamètre du thorax; l'oubli d'une émission sanguine habituelle; la suppression de certaines sécrétions, des évacuations mensuelles, hémorrhoïdaires; la rétrocession d'un exanthème, la flexion continue du tronc en avant, l'hypertrophie partielle ou totale du cœur, le rétrécissement de l'ouverture auriculo-ventriculaire gauche, l'induration des valvules, la compression des nerfs de la huitième paire, les catarrhes habituels.

2.° Les *causes efficientes* sont, des affections morales très-vives, des efforts pour soulever ou supporter de lourds fardeaux, la contraction forte et subite des divers muscles pour résister à une puissance, la course très-rapide à pied ou à cheval, le séjour plus ou

---

(1) *Latour*, Traité des hémorrhagies, obs. 271, p. 221.

moins long sous l'eau ; l'interception de l'air dans le poumon par une pression quelconque sur le larynx ou la trachée, ou par une compression du thorax au moyen d'un corset très-serré ; la présence d'un corps solide ou liquide qui détermine une toux permanente, s'oppose au passage de l'air, facilite l'engorgement des vaisseaux pulmonaires ; la coqueluche, l'engastrimisme, la déclamation, l'emploi des instrumens à vent, la fatigue excessive des muscles de la poitrine. En un mot, nous regarderons comme cause d'apoplexie pulmonaire tout ce qui pourra activer la circulation du sang dans les artères du poumon, et retarder ou empêcher son retour par les veines ; enfin tout ce qui pourra engorger, distendre les vaisseaux pulmonaires, et amener leur rupture.

§. V.

Symptômes.

Les symptômes que présente l'apoplexie pulmonaire se concentrent dans le thorax, ou bien portent sur l'ensemble de l'économie ; de là des *symptômes locaux* et *généraux*.

1.° *Symptômes locaux*. Le malade éprouve une douleur subite à la partie antérieure de la poitrine ; elle s'étend au cou, quelquefois à l'oreille. L'oppression est forte ; avec la difficulté de respirer, on remarque un effort particulier. La douleur est vive, aiguë, alterne de gauche à droite. On remarque un battement à la gorge, au haut du sternum. Il y a toux, irritation au larynx, absence de respiration, à l'exploration du cylindre, là où existe l'épanchement. La suffocation devient imminente ; elle diminue si le malade se penche en avant. Ces symptômes appartiennent aux deux espèces d'apoplexie ; ceux qui la différencient sont peu nombreux.

Dans l'apoplexie pulmonaire sans hémorrhagie, on remarque des crachats ronds, solides, parfois mêlés de sang fourni par un suin-

tement de la muqueuse bronchique. La poitrine, percutée, donne un son plus mat.

Dans l'apoplexie pulmonaire avec hémorrhagie, le malade rend une certaine quantité de sang spumeux, pur, rutilant; ce crachement revient par intervalles avec quinte de toux, oppression, anxiété, rougeur intense, ou pâleur extrême de la face; quand le malade rend beaucoup de sang, il y a peu de toux, le diaphragme se soulève.

L'exploration, à l'aide du cylindre, fait entendre un râle muqueux; les bulles sont grosses, se dilatent, et crèvent en faisant entendre un grand bruit.

2.° *Symptômes généraux*. Le malade est inquiet, morose; ses idées sont mal liées, ses sens perdus; il éprouve une courbature, est couché à la renverse sans connaissance, la face pâle, tiraillée, les yeux hagards; les joues offrent une couleur bleuâtre, les lèvres une apparence livide; le cœur bat avec force, les pulsations sont difficiles à compter; le pouls peut être plein, développé, accéléré. Le malade éprouve quelquefois un état de syncope; la langue est sèche, la soif modérée, l'appétit nul. Il peut y avoir vomissement de matières noirâtres; il y a quelquefois délire, réveil en sursaut, sommeil court; la peau est froide ou chaude, couverte de sueur, les extrémités refroidies, œdématiées; il n'y a point de fièvre, le sang qu'on tire n'est pas couenneux.

§. VI.

Maladies qui peuvent simuler l'apoplexie pulmonaire.

On pourrait confondre l'apoplexie pulmonaire avec l'hémoptysie et le premier degré de la pneumonie; il y a entre ces maladies quelques traits de ressemblance; mais en établissant les différences qui existent dans leurs symptômes, nous aurons donné le moyen de distinguer ces affections.

L'hémoptysie est toujours annoncée par un certain nombre de

phénomènes ; un malaise, une pesanteur, une sensation pénible, de la chaleur, une sorte de tension dans la poitrine, une toux sèche, un goût salé dans la bouche, la gêne de la respiration. Des phénomènes généraux viennent se joindre à ceux-ci : les tégumens, les extrémités sont refroidies, l'urine est limpide, le pouls accéléré, la face alternativement pâle et rouge; il y a céphalalgie, des lassitudes, des palpitations; la congestion existe dans les bronches, la trachée ou le larynx; un sentiment de titillation précède l'expectoration d'un sang vermeil, rouge, spumeux; le thorax conserve son état de sonorité; la respiration n'est pas altérée; on distingue un râle muqueux abondant.

La pneumonie occupe ordinairement les parties inférieures des poumons. A un frisson vague succède, dans un ou dans les deux côtés du thorax, selon qu'un seul poumon est affecté ou que les deux le sont, une douleur profonde et pongitive; la respiration est difficile ; il y a toux, expectoration visqueuse, plus ou moins mêlée de sang; l'impossibilité de se coucher sur le côté sain se fait remarquer ; les côtes sont immobiles dans le point enflammé ; la percussion donne un son de plus en plus obscur dans la partie affectée, où se remarque un râle crépitant, tandis que dans la partie restée saine se fait entendre un râle puéril. Plus tard, le râle crépitant cesse, la respiration s'arrête ; elle devient caverneuse dans quelques points correspondans à de grosses bronches; le son du thorax est tout-à-fait mat, l'expectoration difficile; les crachats sont blancs, jaunâtres, visqueux, demi-transparens, mêlés de stries de sang qui leur donnent une couleur rouillée ou tout-à-fait rouge.

La ressemblance de cette maladie avec l'apoplexie pulmonaire peut être si frappante, que, dans certains cas, il est difficile d'assigner la véritable place. Telle est l'observation suivante, adressée par un médecin de Londres au docteur *Duncan* (*Andrew*) *junior*. L'observateur anglais refuse de classer cette affection parmi les maladies inflammatoires ; il la rapporte à une hémoptysie différente de celles jusqu'ici décrites.

« Le samedi soir, 9 avril 1808, une dame âgée de vingt-quatre ans, après avoir dîné comme à son ordinaire, étant d'ailleurs d'une bonne santé, mais dans le sixième mois de sa grossesse, fut saisie de courbature, d'une difficulté de respirer, d'une petite toux et d'un frisson. Les douleurs continuèrent pendant la nuit qui suivit, et qui fut très-orageuse. Sur le matin, c'est-à-dire le dimanche, on appela un chirurgien, qui pratiqua une saignée de huit onces; le sang n'était pas épais : on appliqua un vésicatoire sur le sternum; on administra un laxatif. Je fus mandé pour voir la malade; elle se plaignit d'une douleur du côté droit, d'une difficulté de respirer; mais il n'y avait ni symptômes d'inflammation, ni fièvre; la peau n'était pas chaude; le pouls était petit et tranquille; le cœur cependant battait avec force. On tira douze onces de sang, qui n'était pas épais, ni ne se coagula pas. Un grain d'opium avec un quart de grain de tartre d'antimoine furent ordonnés pour être donnés deux fois dans la nuit.

Le lundi matin, les symptômes parurent plus alarmans; les douleurs de côté et la dypsnée étaient plus fortes, mais la respiration conservait encore un effort particulier; le pouls était très-faible, et donnait cent cinquante battemens par minute. Je crus nécessaire de donner un laxatif, de répéter l'opium et le tartre toutes les cinq heures. Des boissons mucilagineuses furent données fréquemment à la malade pour tout aliment.

Le mardi au matin, les douleurs avaient augmenté; la malade faisait sans cesse des efforts pour respirer profondément. Une douleur du côté gauche remplaça celle du côté droit; le cœur battait avec force; le pouls, au poignet, était aussi tranquille qu'auparavant : il n'y avait pas encore orthopnée, ni augmentation de difficulté ou dyspnée en touchant chaque côté; mais il y avait une extrême anxiété. On tira de nouveau du sang, on appliqua un vésicatoire, on fomenta les pieds et les jambes.

Le mercredi matin, il fut très-évident que le passage du sang à travers le poumon était empêché. C'était évident, non-seulement

par la manière de respirer, mais par l'apparence livide des lèvres et le bleu des joues ; la face était tiraillée ; on ne pouvait compter les pulsations du pouls : la peau était froide et couverte de sueur, les sens perdus ; un prompt et violent mal de tête survint, au point de forcer la malade de demander à hauts cris d'être soulagée. Il y avait quelque chose de particulier dans la douleur, quoiqu'elle fût de courte durée : l'application de sangsues aux tempes ne détermina, à mon étonnement, aucun soulagement immédiat.

Sans espoir de sauver la malade, il paraissait raisonnable de tirer du sang de la poitrine par des scarifications. La malade devint plus faible, et ne pouvait prononcer qu'une ou deux paroles. Elle avorta dans l'après-midi, pendant son état moribond. Trois heures après la fausse couche, la mort mit fin à ses souffrances, quatre jours après l'envahissement de la maladie.

Autopsie.

Le jeudi 14, à l'ouverture du thorax, les poumons ne parurent pas tout-à-fait affaissés, mais ils étaient fermes comme le foie ou la rate. Le poumon droit était plus dur que le gauche, un peu transparent. La lymphe, en apparence coagulée, fut trouvée adhérente à la plèvre du côté droit. On sortit environ huit onces d'eau de la poitrine, surtout du côté droit. Les poumons furent coupés en différens sens ; l'air paraissait fermer les vaisseaux, de sorte qu'une très-petite portion flottait sur l'eau. Le poumon droit de part en part était si dur, qu'il fut au fond de l'eau. La couleur de l'intérieur était la même au-dehors ; il n'y avait ni tubercules, ni membranes épaissies, ni glandes gorgées. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable était l'effusion d'un fluide trouble dans la trachée, assez pour la remplir, et qui sans doute occasionna la suffocation. Ce fluide contenait de la sérosité, de l'eau, une matière visqueuse, ou un mucus et une masse coagulée de lymphe.

Le cœur était dans son état ordinaire, et le trou ovale n'était pas fermé. Il est assez remarquable que l'on ait trouvé souvent le trou

ovale ou de *Botal* ouvert chez des individus dont la respiration a été très-gênée à la fin de leur vie, et qui sont morts de suffocation. On peut voir plusieurs faits de ce genre réunis dans l'ouvrage de M. *Gintrac* (Observations et recherches sur le cyanose, p. 206 et 249).

Il n'y avait rien de morbide dans les autres parties du corps (1). »

On peut se former des idées très-diverses sur la nature de cette maladie. Par la rigidité de sa marche, le peu de fièvre qui s'est manifestée à son début, l'absence de la couenne inflammatoire du sang, on serait tenté de ne pas admettre, dans ce cas, une véritable phlegmasie; cependant l'intensité de la douleur, la toux, le frisson du début, la fréquence excessive du pouls survenue dans les progrès, et les résultats de l'inspection cadavérique, conduisent à admettre l'existence d'une pleuropneumonie. Si les symptômes ou plutôt l'aspect inflammatoire furent peu prononcés dans le cours de la maladie, ce fut sans doute à cause de la violente congestion dont les poumons devinrent le siége; les phénomènes de la respiration furent presque entièrement suspendus; la malade tomba de suite dans un état de suffocation ou demi-asphyxie, qui dut porter sur l'organisme l'impression la plus débilitante, la plus délétère. Mais il n'y avait pas, dans ce cas, simplement congestion sanguine ou même phlegmasie intense. Il y avait en outre effusion de sang dans le parenchyme pulmonaire, et cette maladie pourrait bien venir prendre rang parmi les autres exemples d'apoplexie thoracique sans hémorrhagie externe. Le sang, en effet, a été répandu non dans les bronches et les cellules, mais dans les mailles du tissu cellulaire; les tubes, comprimés, ont empêché l'air de circuler plus loin; les poumons sont devenus durs et plus pesans.

---

(1) To doctor *Andrew Duncan junior* by a physician. July 1808. Edimbourg, Journal medical and chirurgical, 11 vol., p. 301, jear 1815.

§. VII.

Marche, prognostic, terminaison.

La marche de l'apoplexie pulmonaire est très-rapide : cette maladie ne peut être qu'extrêmement grave ; la mort en est presque toujours le résultat ; cependant l'absorption du sang peut avoir lieu en totalité ou bien en partie : dans ce dernier cas, le poumon conserve d'autant plus de points hépatisés que l'apoplexie a envahi plus d'espace.

§. VIII.

Anatomie pathologique.

Comme chez toutes les personnes mortes à la suite d'hémorrhagies, l'extérieur du corps d'un apoplectique pulmonaire est très-pâle; mais souvent le visage, le cou et la poitrine présentent une teinte violacée, noirâtre.

Intérieur.

Thorax. La poitrine ouverte a montré quelquefois la plèvre saine, d'autres fois enflammée, et le médiastin couvert d'un sang noir dans la partie où la douleur s'était fait sentir ; il était épaissi, d'une couleur noire, livide.

Les poumons sont fermes comme le foie et la rate, dans un état de plénitude, gorgés de sang noir. Une lymphe coagulée adhère quelquefois à la plèvre, d'une couleur noire très-foncée ; la consistance ne passe pas au lavage. On remarque quelquefois du sang coagulé dans les portions du poumon ; les caillots durs peuvent se confondre avec les poumons. Dans quelques cas, on trouve dans la substance des poumons des poches énormes de sang qui s'est dirigé par plusieurs crevasses du parenchyme. La surface du poumon peut être déchirée; de là un épanchement de sang dans la poitrine.

Les poumons, gorgés de sang, denses, mis dans un vase plein d'eau, vont toujours au fond.

Les bronches, le larynx, la trachée-artère, peuvent contenir du sang ou un fluide trouble, du mucus. Le cœur est presque toujours hypertrophié; on trouve souvent aux valvules des végétations, de même qu'à l'ouverture aortique; les cavités gauches sont vides de sang, sans rupture; celles du côté droit sont distendues par ce fluide. Les désordres que produit cette maladie ayant lieu dans le thorax, les autres cavités splanchniques n'ont rien offert de constant, si ce n'est que les viscères contenaient moins de sang que d'ordinaire.

§. IX.

Traitement.

Si l'apoplexie pulmonaire présente quelques points de ressemblance avec l'hémorrhagie cérébrale, son traitement offre encore une analogie bien grande. Nous établirons deux traitemens, l'un *préservatif*, l'autre *curatif*.

Traitement préservatif.

« Je ne saurais trop le répéter, on cherche en vain des préser-
« vatifs dans les médicamens, quand on néglige les règles d'une sage
« hygiène. Tous les autres secours de la médecine sont trompeurs;
« un seul est efficace dans tous les temps et dans toutes les circon-
« stances. On le trouve dans un régime de vie sagement ordonné,
« et dans un heureux calme de l'âme, que ne troublent ni les succès,
« ni les revers. »

Cette pensée de *Lancisi* doit servir de règle de conduite à ceux que menacent des congestions subites de sang dans des viscères importans.

Les personnes qui sont menacées d'apoplexie pulmonaire devront

bannir de leur table tout aliment excitant, les épiceries, les liqueurs alcoholiques. Elles éviteront tout excès. Elles devront respirer aussi souvent que possible l'air de la campagne, observer une diète lactée, ou au moins faire un fréquent usage du lait. On conseillera l'exercice à pied ou à cheval. Les personnes que menacera cette maladie éviteront de prendre un état qui nécessiterait des efforts pulmonaires trop grands, ou le quitteront, si elles l'avaient déjà entrepris. Les changemens d'atmosphère seront observés; on devra éviter avec soin l'impression de l'air froid, ou la respiration d'un air très-chaud, chargé d'acide carbonique.

Souvent un état de pléthore très-manifeste doit précéder l'irruption des accidens qui signalent l'apoplexie pulmonaire. Si l'on distinguait une pareille disposition, on devrait opérer une émission sanguine, soit par l'application des sangsues à l'anus, soit par la saignée du pied, du bras. On seconderait ces moyens par l'usage des boissons délayantes, des pédiluves, des lavemens.

Traitement curatif.

Le traitement curatif consiste surtout dans d'abondantes évacuations sanguines, soit générales, soit locales.

Quand la fluxion n'est pas bien établie, qu'elle n'est qu'imminente, comme dans les premiers temps de son invasion ou de son accroissement, on fera une ou plusieurs saignées du pied, qu'on aura fait précéder et suivre de pédiluves fréquens.

Quand la maladie est fixée, on fera sur la poitrine l'application répétée de sangsues en assez grand nombre; on pourra aussi faire une ou plusieurs saignées du bras. En même temps on continuera l'usage de pédiluves faits avec la farine de moutarde. On fera tenir une diète absolue, et on administrera une tisane apéritive et délayante.

On pourrait également faire sur la poitrine l'application de ven-

touses scarifiées. L'attraction du sang vers la peau ajoute à l'effet qu'on désire obtenir.

Si les symptômes persistent ou augmentent, on aura recours aux révulsifs. On pourra frictionner à sec ou avec un liniment irritant la surface du corps, pendant qu'on donnerait quelques lavemens également excitans.

On appliquera des vésicatoires aux jambes, aux cuisses, sur le thorax, et des sinapismes aux pieds. Ils déterminent une révulsion puissante.

Tel est le traitement actif qui convient dans les cas extrêmes de l'apoplexie pulmonaire. Si le malade obtient une guérison, il devra de temps à autre être saigné : on éloignera cette évacuation graduellement, pour la supprimer plus tard, s'il y a lieu ; cette précaution préviendra toute rechute. Si la maladie connaissait pour cause la suppression d'une évacuation, on tâcherait de la rétablir.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Senes facillimè jejunium ferunt : secundò ætate consistentes : minimè adolescentes : omnium minimè pueri ; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 13.

III.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

IV.

Quibus in urinâ arenosa subsident, illis vesica calculo laborat. *Sect.* 4, *aph.* 79.

V.

Si quis sanguinem mingat et grumos, et urinæ stillicidium habeat, et dolor incidat ad imum ventrem et perinæum, partes circa vesicam laborant. *Ibid.*, *aph.* 80.

VI.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.